



**Formulario de Condición Pre-Existente**

# del Reclamo :  
# ID de Asistencia de Salud :  
Paciente:  
Relación:  
Fecha Efectiva:

Nombre:  
Domicilio:

**Su plan de salud limita la cobertura por condiciones cuales existentes                    meses antes de su fecha efectiva.  
Favor de responderle a nuestra oficina dentro de 15 días para evitar atrasos en el proceso de reclamos.**

¿Tiene usted un Certificado de Cobertura Acreditado de su cargador previo?: Sí  No   
Si es así, favor de entregar el Certificado a Delta Health Systems dentro de 15 días; usted no tiene que llenar este formulario. El crédito para reducir el período de limitación preexistente podrá permitirse si el participante fue cubierto bajo otro plan de asistencia individual, de grupo o público. El participante tiene que ser cubierto bajo este plan dentro de sesenta y tres (63) días de la pérdida de cobertura del plan previo. Para establecer tal crédito, una carta del cargador previo o empleador previo que demuestra las fechas efectivas y de terminación se tiene que enviar a nuestra oficina.

Si usted no puede proveer un Certificado de Cobertura Acreditado, favor de proveer la siguiente información para tratamiento durante este período (*nota: favor de usar el otro lado de este formulario si requiere más espacio para sus respuestas a la siguientes preguntas*):

1. ¿Ha recibido este paciente tratamiento de otro médico? Sí  No   
Si es así, favor de alistar las fechas de las visitas, el diagnosis de cada visita, y el nombre y domicilio del médico.

2. ¿Se le ha recetado medicinas al paciente? Sí  No   
Si es así, favor de alistar el/los nombre(s) de la(s) medicina(s), frecuencia de su uso, la fecha inicial que se recetó, y el nombre y domicilio del médico que lo(s) recetó.

3. ¿Se ha hospitalizado al paciente? Sí  No   
Si es así, favor de alistar las fechas, el nombre del hospital y el médico asistente.

Yo, doy fe y certifico que la información arriba es correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si tiene alguna pregunta favor de conectarse con nuestro Departamento de Elegibilidad –estarán listos y felices al ayudarle de cualquier modo que les sea posible.

Sinceramente,  
El Departamento de Reclamos

YOUR PARTNER IN HEALTHCARE SOLUTIONS